

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N° 465

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

ROGER VAISSIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux, Interne pr. de l'Hôpital Saint-Joseph

Né le 25 Août 1903, à Bône (Algérie)

DE L'IMPORTANCE QU'IL CONVIENT D'ATTACHER

AUX

Polypes Muqueux de l'Utérus

Comme signes révélateurs ou avant-coureurs

D'UN

CANCER UTÉRIN

Président : M. GOSSET, Professeur

GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1928

504

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

ROGER VAISSIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux, Interne pr. de l'Hôpital Saint-Joseph

Né le 25 Août 1903, à Bône (Algérie)

DE L'IMPORTANCE QU'IL CONVIENT D'ATTACHER

AUX

Polypes Muqueux de l'Utérus

Comme signes révélateurs ou avant-coureurs

D'UN

CANCER UTÉRIN

Président : M. GOSSET, Professeur

GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN
Clinique de la tuberculose.....	TEISSIER
	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELbet
	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Professeur sans chaire	SERGENT
	BRANCA



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

RAMI	Pathologie médicale.
AJOUANINE .	Neurologie et Psychiatrie
BERTIN	Pathologie médicale.
SSET	Pathologie chirurgicale
UDOUIN	Pathologie médicale.
NET	Physiologie
ANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
OCQ	Pathologie chirurgicale
LULÉ	Pathologie médicale.
DENAT	Pathologie chirurgicale
LABROL	Pathologie médicale.
IRAY	Pathologie médicale.
ERC	Pathologie médicale.
BRÉ	Hygiène.
GNON	Physique.
ONZELOT	Pathologie médicale.
VOIR	Médecine légale.
CALLE	Obstétrique.
ESSINGER ...	Pathologie médicale.
ARNIER	Pathologie expérimentale
ATELLIER	Pathologie chirurgicale
ROUD	Histologie.
ARVIER	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER ..	Urologie.
VELACQUE .	Anatomie.
UTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL ...	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
MERCIER Fernand	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils....	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

USQUET	Pharmacologie.
JÉNIOT	Obstétrique.
QUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANN

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurg
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurg
LAIGNEL-LAVASTINE. ...	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurg
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orth chez l'adulte, pour les accidentés d les mutilés de guerre et les infirmes	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme p
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

En reconnaissance de tout ce qu'ils
ont fait pour moi. Qu'ils trouvent ici
un bien faible hommage de ma
profonde et filiale gratitude.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage de respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT MONOD

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a guidé de ses précieux
conseils.

En témoignage de ma respec-
tueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Stage :

M. le Professeur DELBET.

M. le Professeur SERGENT.

Externat :

M. le Docteur LÉRI.

M. le Docteur GRENET.

M. le Docteur ROBINEAU.

M. le Docteur BERGER.

M. le Professeur Agrégé LE LORIER.

A M. LE DOCTEUR GRESSET

ASSISTANT DE LA CONSULTATION DE CHIRURGIE
DE L'HOPITAL BROUSSAIS

En reconnaissance de la grande
bienveillance qu'il a toujours
montrée à mon égard.

A MES MAITRES A L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

M. le Docteur GÉNEVRIER.

M. le Docteur MESLAY.

En témoignage respectueux et
reconnaissant pour son enseigne-
ment et la grande bienveillance
qu'il n'a jamais cessé de me
témoigner.

M. le Docteur FERRAND.

M. le Docteur LEFORT.

A M. LE DOCTEUR COCHEZ

MÉDECIN-ADJOINT DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

INTRODUCTION

C'est sous l'inspiration de M. le Docteur Robert MONOD, Chirurgien des Hôpitaux, que nous avons entrepris de rechercher et de préciser les rapports qui existent ou peuvent exister entre les polypes muqueux et le cancer de l'utérus.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici une étude déjà faite bien des fois, du polype et du cancer utérin, mais nous voulons attirer l'attention sur ce fait, trop souvent méconnu, qu'un polype muqueux ne doit pas être considéré, par principe, comme une lésion bénigne et que sa présence, quelles que soient les raisons qui le font découvrir, doit toujours imposer un examen soigneux et *faire suspecter systématiquement chez une femme âgée, et à fortiori après la ménopause, la présence ou la possibilité ultérieure d'un néoplasme utérin.*

Il est, en effet, de notion trop courante, que lorsque, chez une femme venue consulter pour un incident, quelquefois minime, de sa vie génitale : pertes sanguinolentes plus ou moins intermittentes, leucorrhée, coliques utérines avec métrorragies, ou autres, — le médecin constate l'existence d'un polype muqueux, il s'empresse de rassurer complètement sa malade et, négligeant de pousser plus loin l'examen, il ne recherche pas la raison d'être de ce polype.

C'est sur cette erreur si répandue de la bénignité apparente des polypes muqueux utérins que nous voudrions attirer l'attention. Nous verrons que, si nous ne sommes pas les premiers à insister sur la valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus, les observations recueillies dans la littérature médicale et celles dues à la bienveillance de M. le Professeur COSSET, auquel nous adressons ici l'hommage de nos respectueux remerciements, nous permettront de conclure, dans certains cas, à la nécessité de l'hystérectomie pour le traitement de cette affection d'apparence si bénigne. Ce traitement est, en effet, le seul qui mette la malade à l'abri des récidives de ce polype et du développement possible d'un cancer de l'utérus, dont il n'est souvent que le *signe révélateur*, s'il n'en est pas *quelquefois la cause prédisposante*.

HISTORIQUE

Les polypes utérins figurent depuis longtemps dans la littérature médicale. Leur étude historique, faite tout au long dans la thèse d'agrégation de MALGAIGNE et reprise dans la thèse de doctorat de MONTFUMAT, nous dispense de nous étendre sur ce sujet, qui, d'ailleurs, présente peu d'intérêt pour notre travail.

Et il nous suffit de savoir que les anciens, s'ils connaissaient leur existence, ne distinguaient aucune forme clinique de polypes. Il est tout de même intéressant de noter que, déjà frappés par leur facilité à récidiver après leur ablation, les anciens auteurs, si nous en croyons MICHON, leur avaient donné le nom de polype, les comparant au mollusque marin, la poulpe de mer, dont les bras repoussent si facilement après leur section.

Nous rappellerons tout de même ici les opinions de ceux qui, ne considérant pas les polypes muqueux comme une production banale, leur accordèrent une certaine valeur diagnostique. Malheureusement, un certain nombre de documents sont pour nous inutilisables car ils ne précisent pas assez le type anatomique des polypes considérés.

C'est seulement LÉVRET le premier qui, en 1749, dans un mémoire consacré à la cure radicale des polypes du nez, de la gorge et de la matrice, semble considérer que ces tumeurs reconnaissent souvent une cause semblable et qu'elles ne sont que le signe objectif d'une autre affection jusque là latente.

Beaucoup plus tard, en 1832, MALGAIGNE relate les erreurs de diagnostic que peut entraîner la présence d'un polype, alors qu'il peut s'agir de végétations polypeuses d'un cancer. En aucun cas, dit-il, il ne faut promettre une guérison définitive par leur simple ablation.

MONTFUMAT exprime, un peu plus tard, la même opinion et déclare qu'au début il peut être difficile de savoir s'il s'agit d'un polype ou d'un cancer. Un peu plus loin, il recommande de ne pas ménager trop longtemps les polypes glandulaires, connaissant, ainsi que le dit Ch. ROBIN, la possibilité de leur transformation en cancroïde.

De même, DE SINÉTY, dans son traité de Gynécologie, signale le fait d'une femme opérée de papillomes histologiquement purs et qui, quelques mois après, mourut d'un cancer développé au point d'insertion de ces papillomes. Il conclut en disant qu'il ne faut jamais se contenter de la présence d'un polype muqueux pour expliquer tout un état pathologique.

Quelques années plus tard, CORNIL, dans ses admirables leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, déclare que l'épithélioma du col peut apparaître à l'orifice externe du col sous forme de végétations ou de polypes pédiculés, et POZZI, vers la même époque, reconnaît que, quelquefois, il est difficile de faire le diagnostic différentiel entre un polype muqueux et un cancer.

C'est la même opinion que J.-L. FAURE et SIREDEY d'une part, FORGUE et MASSABUAU d'autre part, expriment dans leur

traité de Gynécologie, lorsqu'ils disent que tout polype muqueux doit faire songer au cancer.

Plus récemment, MÉNÉTRIER, dans l'article « le Cancer » du *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, classe les polypes muqueux parmi les états précancéreux.

Dès lors, nombreux sont les auteurs qui parlent de l'aspect polypeux possible du cancer utérin. Nous citerons, entre autres, SIREDEY, LERICHE et LECÈNE, ISEKI, TOURNEUX, EHRENDOFER, JOLLY, LAURENCE, etc.

Mais c'est à TIXIER et à son élève MICHON, que revient le mérite d'avoir, les premiers, mis en évidence la valeur sémiologique des polypes muqueux de l'utérus, et montré qu'ils étaient souvent symptomatiques d'une affection utérine ou utéro-annexielle, qui risque de passer méconnue si elle n'est pas recherchée systématiquement.

DIVISION DU SUJET

Nous nous proposons de montrer dans ce travail quelle valeur on doit accorder, en clinique, à la présence de polypes muqueux de l'utérus et nous essaierons de préciser les rapports qui les unissent au cancer.

Nous verrons que ce n'est pas toujours de la même façon qu'ils doivent être considérés, que leur valeur est différente suivant les cas, et qu'enfin ils posent des problèmes diagnostiques difficiles.

Tantôt, ils ne sont qu'un épiphénomène au cours de l'évolution d'un cancer de l'utérus, le plus souvent d'un cancer du corps, dont ils constituent un des premiers signes cliniques : *ils ont alors la valeur d'un signe révélateur*. L'objet de notre premier chapitre sera de le démontrer.

D'autres fois, ils précèdent si nettement le cancer qu'il est permis de se demander s'ils ne constituent pas une cause favorisant son développement, et le but de notre deuxième chapitre sera de bien montrer *l'importance que l'on doit leur reconnaître dans la genèse des cancers utérins*.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous montrerons *qu'il est possible que le cancer ait son point de départ au niveau même du polype* et cela nous permettra d'insister sur la *nécessité de leur examen histologique systématique*.

Dans un dernier chapitre, nous essaierons de tirer de notre travail quelques *indications diagnostiques* et nous nous efforcerons de tracer le plus clairement possible la *ligne de conduite à suivre en présence d'un polype muqueux de l'utérus*, de façon à faciliter, dans ces cas là, le diagnostic de cancer utérin.

Nous ferons enfin connaître nos conclusions et notre bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

Le Polype muqueux n'est souvent que le signe révélateur d'un Cancer utérin et principalement d'un Cancer du corps

Les polypes muqueux de l'utérus, après avoir été considérés pendant longtemps comme une production banale et sans intérêt, semblent aujourd'hui prendre une place plus importante dans la littérature médicale.

Actuellement, il est, en effet, difficile d'admettre qu'un polype muqueux puisse prendre naissance aux dépens de la muqueuse utérine sans qu'il existe une lésion favorisant cette apparition.

C'est ce qu'à bien montré MICHON dans sa thèse. Il nous rappelle les différentes opinions émises par les auteurs classiques et nous présente un certain nombre d'observations où le polype muqueux coexiste avec des lésions de métrite chronique, avec des fibromes et même, dans deux cas, avec un cancer. Sa conclusion est que le polype muqueux n'est, le plus souvent, qu'un symptôme et sa présence *doit systématiquement faire « chercher autre chose »*.

Pour TIXIER, dont MICHON est l'élève, cette cause occasionnelle est différente suivant les cas, mais il s'agit toujours d'une irritation chronique de la muqueuse utérine.

Pour nous, qui voulons surtout considérer le cas d'une femme déjà âgée, *nous croyons que le cancer utérin et principalement le cancer du corps est de beaucoup la plus fréquente de toutes ces causes.*

Le *mécanisme* est des plus simples à comprendre. Les écoulements, même peu abondants du début, que celui-ci entretient sans cesse, produisent rapidement une hyperplasie des cellules constituant l'épithélium de revêtement de la muqueuse utérine. Que cette hyperplasie se produise, pour une raison quelconque, seulement par places, et nous savons que cela se produit aussi dans la métrite chronique à forme polypeuse, il y aura d'abord un stade où le bourgeon ainsi constitué sera sessile, mais bientôt et cette fois-ci, de lui-même, il deviendra pédiculé.

Dès lors, au moment où la malade, inquiète de ses pertes continuelles, se décidera à consulter, c'est souvent le polype muqueux qui retiendra l'attention et sera l'objet de toute la thérapeutique.

C'est une erreur fréquemment commise et grosse de conséquences, car l'intervention pratiquée rassure la malade et lui fait différer d'autant plus un nouvel examen qu'elle a reçu l'espoir d'une amélioration progressive. Aussi est-ce bien souvent sur un cancer étendu qu'il faudra intervenir secondairement. C'est alors un facteur de plus grande gravité, car on est conduit à pratiquer une hystérectomie élargie.

C'est la connaissance de ces faits qui nous a incité à rechercher et à grouper quelques observations destinées à

montrer quel intérêt on doit attacher aux polypes muqueux et dans quels cas il faut les considérer comme symptomatiques.

Quelques-unes nous montreront des polypes muqueux révélateurs de cancers utérins et seront la preuve que le *néoplasme* peut favoriser l'apparition de polypes.

De plus, deux observations empruntées à MICHON et à COMTE, montrent la possibilité de faire le diagnostic par l'examen clinique.

Considérées dans leur ensemble, il est curieux de voir la similitude que ces observations présentent et cela constitue un argument puissant en faveur de notre thèse, car elles montrent que la coexistence de polypes muqueux de l'utérus et de cancers n'est pas rare. De plus, elles nous sont une preuve que si, à cette période de début, ces polypes avaient été considérés suivant leur vraie valeur, *qui est d'être un signe révélateur*, le diagnostic aurait été posé et l'intervention curative pratiquée.

Il s'agit de femmes, le plus souvent au delà de la ménopause, qui viennent demander conseil au sujet de pertes apparues quelques semaines auparavant. Leur nature est très variable; tantôt ce sont des pertes séreuses plus ou moins fétides, accompagnées ou non de légers écoulements sanguins; d'autres fois, ce peut être de véritables hémorragies.

L'examen montre peu de chose si ce n'est un *petit polype muqueux* avec, parfois, une légère augmentation du volume de l'utérus.

Tout naturellement c'est au polype que ces pertes sont attribuées et on en propose l'ablation; quelquefois même on fait un curetage, dans le but de nettoyer complètement l'utérus et améliorer ainsi la métrite coexistante.

Mais ces différentes interventions ne donnent aucun résultat. Les pertes continuent, ou, si elles diminuent durant quelques

jours, elles réapparaissent bientôt et amènent à nouveau la malade au chirurgien.

C'est à ce moment *qu'est posé le diagnostic de cancer.*

Dans tous ces cas, le premier signe physique constaté est le polype muqueux et le reste de la symptomatologie est suffisamment imprécis pour que l'on puisse croire que lui seul est en cause.

Or, dans aucun cas, son ablation n'a amené d'amélioration; bientôt, après le diagnostic de cancer a été fait car la persistance des symptômes a inquiété la malade et, à ce moment, l'erreur n'était plus possible.

D'autre part, il s'est toujours écoulé peu de temps entre la première intervention et l'instant où la malade a été revue, si bien qu'il est difficile de penser que le cancer ait pu apparaître après celle-ci. Il est beaucoup plus logique d'admettre qu'il y a coexistence entre les deux et que le polype muqueux n'est que le signe révélateur de l'épithélioma, dont il dépend.

S'il n'en était pas ainsi, il devrait y avoir, après l'ablation du polype, une période d'amélioration prouvant qu'à ce moment le cancer n'est pas encore en période d'évolution. Or, il n'en est absolument rien, les pertes continuent en qualité et en quantité identiques à ce qu'elles étaient avant l'intervention, et cette continuité est une raison de plus, pour nous, de dire que le néoplasme existait avant le polype et que ce n'est que secondairement que celui-ci est apparu.

Mais le fait que, dans l'obs. V et VI, c'est au point d'implantation du polype que le néoplasme s'est développé, nous fait considérer ces deux cas comme une forme de transition entre les cas où le polype n'est qu'un signe révélateur et ceux où, comme nous le verrons plus loin, il est une lésion prédisposante.

Les deux malades que présentent MICHON et COMTE confirment bien cette valeur de signe révélateur du polype muqueux, puisque c'est grâce à sa présence que les auteurs ont fait le diagnostic de cancer. Et cela nous montre la possibilité de faire ce diagnostic, si l'on y pense systématiquement en présence d'un simple polype muqueux, chez une femme âgée, ayant des métrorragies.

En réalité, *aucun signe clinique ne permet, devant un polype muqueux, de savoir si la lésion qui le fait apparaître est un cancer.* Seule une présomption en faveur de cette hypothèse est à tirer de l'âge de la malade; mais *rien, et c'est ce sur quoi nous insistons, ne permet de l'éliminer.* C'est donc parce que chez la femme, après la ménopause surtout, les métrorragies sont toujours suspectes et que chez elles la cause de beaucoup la plus fréquente d'un polype muqueux est le cancer, *qu'il faut toujours penser à celui-ci.* Dans l'immense majorité des cas, l'intervention quelquefois et malheureusement l'évolution trop souvent, montreront les raisons que nous avons d'insister sur ces faits.

Observations

Obs. I. — (TIXIER et MICHON).

M^{me} LI..., 47 ans, vient consulter M. le Docteur TIXIER pour des pertes blanches et rouges. L'examen gynécologique pratiqué à ce moment permet de sentir un petit polype muqueux passant par l'orifice du col, et un utérus augmenté de volume.

Etant donné l'âge de la malade, on propose une opération radicale qui est refusée.

Première intervention. — 11 Sept. 1919 (TIXIER). — Simple ablation d'un polype par voie vaginale comme traitement palliatif.

Ultérieurement, devant la persistance des symptômes, la malade revient consulter. Une nouvelle intervention est proposée et acceptée.

Deuxième intervention. — 13 Août 1920 (TIXIER). — Hystérectomie totale. A l'examen de la pièce, on constate un noyau fibromateux et surtout un cancer isthmique avec pyométrie.

Obs. II. — (TIXIER et MICHON).

M^{me} X..., 57 ans. — Grande multipare; pas de passé génital. Ménopause normale à 50 ans.

Depuis un an, apparition de pertes séreuses fétides. Il y a cinq mois, un chirurgien consulté découvre, au toucher vaginal, entre les lèvres du col utérin, un petit bourgeon diagnostiqué polype muqueux. On lui attribue les pertes qu'il paraît expliquer et on l'enlève.

Les pertes continuant, la malade va consulter le Docteur TIXIER. Elle est alors blanche, bouffie, cachectique; elle dit que ses forces ont périclité. Au toucher vaginal, l'utérus est gros comme le doigt, mou. Par compression, on fait sourdre dans le vagin une sécrétion d'odeur fade.

Le diagnostic de cancer du corps s'impose.

Intervention en juin 1907 (TIXIER). — Hystérectomie totale. — A l'examen de la pièce, on trouve un néoplasme occupant toute la cavité utérine, laissant le col absolument libre.

Obs. III et IV. — (MICHON et COMTE).

Deux femmes, âgées de 58 ans et de 63 ans, venues consulter pour des pertes rouges peu abondantes mais continues, présentent au toucher un polype muqueux du col et un utérus un peu gros.

Sur ces seuls signes, on posa diagnostic de cancer du corps, que vérifia l'intervention.

Obs. V. — (inédite) (1).

M^{me} B..., 63 ans.

Ménopause à 52 ans.

Août 1924, violentes hémorragies; on' diagnostique polype et on lui fait un curettage à Chantilly en sept. 1924. — Pas d'examen histologique.

A la suite de l'opération, douleurs dans le ventre à gauche.

Pas de pertes. — Maigrit.

T. V. — Col gros régulier, culs-de-sac souples.

L'utérus a conservé sa mobilité, un peu volumineux, un peu de rétraction du fond du vagin.

Biopsie par curettage en octobre 1924.

Epithélioma baso-cellulaire.

Traitement par R. X.

Mort en Janvier 1926.

(1) Toutes nos observations inédites ont été empruntées au Centre anticancéreux de la Salpêtrière (Professeur GOSSET).

Obs. VI. — (Inédite).

M^{me} M..., 50 ans.

Une fille de 27 ans.

Début de la maladie en fin février 1928, par des pertes très rouges qui durent continuellement. On lui fait un curettage pour un polype. Trois semaines après, nouvelles pertes. Va à Broussais, où l'on fait le diagnostic de cancer et on l'envoie à la Salpêtrière pour le traitement.

Aucune douleur, aucun autre symptôme.

Bon état général.

Biopsie (Docteur BERTRAND), mai 1928.

Epithélioma baso-cellulaire avec grosse infection secondaire.

CHAPITRE II

Un deuxième groupe de faits permet de considérer le Polype muqueux comme une cause favorisant le développement ultérieur d'un Cancer

Il n'est pas toujours aussi facile de rattacher le polype muqueux au cancer. Au contraire, dans certains cas, il le précède si nettement que nous sommes en droit de nous demander *s'il ne favorise pas son apparition.*

Ceci n'est d'ailleurs pas une idée nouvelle.

Si le polype muqueux apparaît sous l'influence d'une irritation chronique de la muqueuse de quelque ordre soit-elle, il est bien certain que *sa présence est un nouveau facteur d'aggravation* et suffit à elle seule à maintenir cette irritation.

Or, comme il est dit dans le Traité de Pathologie Chirurgicale des neuf Agrégés et comme le répète Robert MONOD dans le Bulletin de la Société de Chirurgie de 1926, *une des causes prédisposantes au cancer la mieux établie est encore l'inflammation chronique préalable.* De plus, les polypes muqueux contiennent fréquemment des éléments glandulaires et l'on sait la fréquence avec laquelle le cancer se greffe sur ces éléments.

CORNIL déjà avait été tellement frappé par ce fait qu'il écrivait qu'une *prolifération adénomateuse était, pour lui, à la base des néoplasies cylindriques du col*. Quelques années plus tard, MÉNÉTRIER attribuait au *polype muqueux un rôle pré-cancéreux* et faisait des relations entre adénome et cancer le nœud de la question pathogénique du cancer. C'est l'opinion soutenue par LARDENNOIS et MONDOR dans le Bull. de la Soc. Anat. 1913, lorsqu'ils écrivaient, à propos d'un cas de polypose recto-colique précédant un cancer : « Pour nous l'adénome est au cancer du rectum ce que la leucoplasie est au cancer de la langue, le goitre simple au cancer thyroïdien, l'ulcère au cancer de l'estomac », et il est logique d'étendre la proposition à l'adénome glandulaire saillant ou polype muqueux et au cancer de l'utérus.

Plus récemment, KANO MOUKAYÉ a montré, dans Gyn. et Obstétr. de Janvier 1922 que le *processus histologique qui aboutit au cancer est la suite logique de celui qui conduit à l'adénome*. C'est ce qu'avait pressenti MONTCOMERY lorsqu'il écrivait en 1846 que ce polype muqueux évolue vers le cancer chez les personnes âgées; mais il lui manquait les formes histologiques de transition, que KANO MOUKAYÉ a mis en évidence et qui sont d'un intérêt considérable pour notre thèse.

Il s'agit donc, en réalité, d'une action réciproque du polype muqueux sur la muqueuse utérine et inversement. Nous ne considérons que la première de ces actions dans ce chapitre, pour insister sur la seconde dans le chapitre suivant.

Il est évident qu'un polype muqueux une fois constitué, quelle que soit sa cause occasionnelle, agit pour son propre compte; sa présence entretient une métrite chronique qui, à son tour, intervient dans la pathogénie du cancer. Il résulte donc de ces deux actions combinées une transformation histologique de

la muqueuse utérine, prélude de la transformation cancéreuse. C'est ainsi que nous comprenons le rôle prédisposant du polype muqueux.

Quelques observations illustreront ce que nous venons de dire. Mais nous n'avons retenu que celles où la filiation entre le polype muqueux et le cancer est indiscutable, laissant de côté celles où on retrouve dans les antécédents des polypes muqueux dont le rôle n'est pas probant, car ils remontent à une date trop éloignée. Celles-ci ne sont pas rares et leur fréquence pourrait, si nous voulions les utiliser, constituer un argument en faveur de ce que nous avançons.

Parmi celles que nous rapportons ici, les deux premières (VII et VIII) présentent un intérêt particulier.

Nous voyons que c'est *au point d'insertion du polype qu'est apparu cliniquement* le cancer peu après la section de son pédicule. Il ne s'est donc développé là que parce qu'il existait déjà autour en puissance et que cette surface cruentée était d'envahissement facile. On ne peut nous objecter qu'il s'agissait sans doute d'un bourgeon néoplasique que l'on aura confondu avec un polype muqueux, car l'examen histologique a été négatif (obs. VII). Ce n'est pas non plus un polype muqueux symptomatique d'un cancer, car on ne peut admettre qu'en pleine zone cancéreuse, serait apparu un polype histologiquement bénin.

C'est donc seulement secondairement que s'est fait le développement du cancer, et si, dans nos observations, c'est toujours au voisinage du polype muqueux qu'est apparu celui-ci, c'est bien *qu'il y avait là un véritable point d'appel*. Quelquefois, cette apparition peut se faire plus tardivement, car la lésion irritative une fois créée, évolue d'elle-même. La démonstration en est fournie par l'obs. XI.

En Juin, on enlève un polype histologiquement bénin. En août, on fait une hystérectomie subtotale; on ne pense donc pas à la possibilité d'un cancer, et l'intervention ne donne aucune raison de s'alarmer; mais en octobre, on découvre une ulcération du col, histologiquement maligne

Il nous faut donc admettre que c'est par *une suite de transformations successives dont l'amorce a été ce polype, que s'est constitué le cancer*. En effet, celui-ci n'existait pas au moment de l'ablation du polype. L'hystérectomie faite un peu plus tard élimine l'hypothèse d'un cancer du corps propagé et le fait qu'elle fut subtotale montre que le chirurgien ne songeait nullement à la possibilité d'un cancer du col. Néanmoins, c'est peu après que l'ulcération est apparue, et il est logique de croire que l'intervention a été une raison pour le cancer d'apparaître et d'évoluer plus vite.

Cette observation doit donc attirer notre attention sur cette possibilité d'évolution ultérieure en cancer malgré l'ablation de la cause favorisante qu'est le polype muqueux.

De même, l'observation suivante (obs. XII) confirme cette manière de voir, puisque nous voyons un cancer se développer au point même ou avaient déjà été enlevés des polypes muqueux quelques mois auparavant, et celle-ci a ceci de spécial que c'est sous la forme polypes muqueux que la néoplasie est apparue, semblant ainsi marquer la prédilection que le cancer affecte dans certains cas pour cette production.

Nous pensons avoir assez insisté sur l'importance de ce rôle *cancérigène du polype muqueux*. Nous croyons qu'il méritait d'être mis en valeur car il est d'un gros intérêt au point de vue pathogénie du cancer de l'utérus. De plus, cela nous montre que dans les cas douteux, il vaut mieux pratiquer une hystérectomie

totale pour la cure de ces polypes muqueux parce que nous savons que le cancer peut apparaître après leur ablation simple et que cela est particulièrement fréquent chez la femme âgée à une époque où cette intervention ne présente aucun inconvénient sérieux et seule garantit la guérison complète.

Observations

Obs. VII. — (DE SINETY).

Femme de 60 ans, entre à Lariboisière dans le service du Docteur SIREDEY, pour métrorragies.

Le col est dur, bosselé, non ulcéré, et laissé écouler un liquide séro-sanguinolent, un peu fétide.

Sur la muqueuse du museau de tanche siègent 5 à 6 tumeurs pédiculées du volume d'une noisette, à pédicule entièrement mince.

L'examen histologique montra des papillomes purs, mais dès lors apparut sur le col, une ulcération de mauvais aspect et la malade succomba au bout de plusieurs mois à un cancer d'utérus.

Obs. VIII. — (EHRENDORFER).

Femme de 54 ans. — 7 Enfants, le dernier âgé de 16 ans.

Début de l'affection : troubles urinaires; pertes blanches et sanguines, pertes sanguines irrégulières depuis 15 ans.

Depuis plusieurs semaines, hémorragies très abondantes.

Examen. — Malade amaigrie, anémique; déchirure ancienne du périnée : vulve béante.

Toucher vaginal. — Tumeur arrondie, ferme, d'un volume du poing, fixée à la lèvre postérieure du col par un pédicule court du diamètre du doigt.

L'orifice du col est entr'ouvert.

Le corps utérin est petit, mobile.

Le 28 octobre 1891, ablation de la tumeur, section du pédicule avec ciseaux.

Le col utérin, à part quelques érosions de la muqueuse, ne présente aucune végétation suspecte.

Peu à peu, à la surface d'insertion du pédicule, apparaissent des granulations suspectes qui demeurent après un traitement.

Malade améliorée quitte le service.

Revient après plusieurs semaines.

La surface d'insertion du polype présente maintenant l'aspect d'une ulcération irrégulière, fissurée, et dont le voisinage présentera plus tard l'infiltration nodulaire certainement maligne.

La patiente refuse l'hystérectomie.

Obs. IX. — (Inédite).

M^{me} M..., 51 ans.

Deux enfants.

En 1919, opérée par M. RIEFFEL pour polypes du col : curetage.

En octobre 1919, pertes rouges, nauséabondes en dehors des règles.

Amaigrissement.

Réopérée par M. RIEFFEL. Mais la malade souffre dans le bas-ventre et dans le rectum; douleurs à la défécation : selles rubannées, sanglantes. Continue à maigrir, à perdre par le vagin du sang rouge nauséabond mêlé de caillots.

En février 1920, cautérisation au thermo (D^r RIEFFEL).
Pas d'amélioration.

En mai 1920, va à Pasteur où on lui fait du radium.

Elle est améliorée 6 mois, puis les pertes réapparaissent :
de nouveau radium avec légère amélioration.

En juillet 1922, consulte à la Salpêtrière.

Vagin souple dans son ensemble, sauf au niveau du fond.

Paramètre un peu infiltré.

Amélioration par Rayons X.

Laparatomie exploratrice le 11 mars 1924 (D^r MONOD)
confirme le diagnostic de cancer, que la biopsie d'un ganglion
vérifie à nouveau.

Puis infiltration progressive.

Meurt en décembre 1924.

Obs. X. — (Inédite).

M^{me} J..., 68 ans.

Vient consulter le 9 novembre 1923.

Début de la maladie il y a deux ans par pertes blanches
et rouges.

Douleurs dans le rein droit, irradiant dans la jambe.

On diagnostique végétations du col et on fait un curettage
en février 1923, à Saint-Louis.

Les pertes ne cessent pas. Incontinence d'urine en juillet
1923.

A la Salpêtrière, on trouve, le 9 novembre 1923, un noyau
de la paroi antérieure du vagin, sans que l'on puisse apercevoir
le col caché derrière le vagin rétracté.

On fait une biopsie (Docteur BERTRAND) qui montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement par Rayons X avec amélioration.

Mort en novembre 1924.

Obs. XI. — (Inédite).

M^{me} S..., 48 ans. — Atteinte de métrorragies.

En juin 1928, ablation en province d'un polype muqueux que l'examen histologique montre bénin.

Persistence des hémorragies.

En août 1928, hystérectomie subtotale car les hémorragies continuent.

En octobre 1928, va à la consultation de l'Institut du radium, où l'on trouve une ulcération s'étendant sur le fond du vagin.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma en évolution.

Obs. XII. — (SIREDEY).

M^{me} A... — Bien réglée habituellement, présentait, depuis quelque temps, des métrorragies abondantes et répétées.

Un chirurgien reconnut l'existence de polypes et fit un curetage. Les débris de la muqueuse ne présentait à l'œil aucune particularité; on n'en fit pas l'examen.

Quelques mois plus tard, les pertes de sang reparurent comme précédemment et le Docteur MIMIN, consulté en décembre 1922, découvrit de nouveaux polypes qui, soumis à l'examen histologique, firent reconnaître un épithélioma cylindrique et pratiquer une hystérectomie totale.

CHAPITRE III

Les Polypes muqueux peuvent être l'objet d'une dégénérescence cancéreuse primitive que, seul, l'examen histologique systématique peut mettre en évidence

Mais il ne faudrait pas croire que c'est toujours au niveau du corps utérin ou au niveau de la muqueuse utérine avoisinant le polype qu'il faut chercher la trace d'une dégénérescence cancéreuse.

C'est parfois sur celui-là même qu'apparaît en premier le cancer; et ces cas sont, bien souvent, surtout au début, d'un diagnostic difficile; à cette période, en effet, seule intéressante au point de vue du traitement, aucun signe clinique ne peut laisser soupçonner la nature de la tumeur. C'est seulement l'examen histologique systématique qui pourrait indiquer sa malignité.

Ces faits sont connus depuis longtemps déjà. MONTFUMAT, dans sa thèse, disait : « Il ne faut pas ménager trop longtemps, les polypes glandulaires, connaissant leur possibilité de transformation en cancroïde ».

De même, CHAMPY et COCA signalent que c'est souvent vers l'extrémité distale que les adénomes pédiculés commencent leur dégénérescence.

Cela ne doit d'ailleurs pas nous étonner et nous pourrions appliquer aux polypes muqueux ce que nous disions précédemment, à propos de la muqueuse utérine.

La même irritation qui facilite l'apparition du cancer sur le col utérin, la facilite aussi sur le polype, dont la constitution histologique normale est celle de la muqueuse du col. Comme, d'autre part, le polype muqueux renferme quelquefois des éléments glandulaires, et nous connaissons l'affinité du cancer pour ces éléments, nous voyons que toutes les conditions sont remplies pour mettre le polype muqueux dans l'état le plus favorable au développement d'un néoplasme.

Nous verrons, contrairement à l'opinion admise autrefois, que les cas de dégénérescence primitive de polypes muqueux ne sont pas rares.

De plus, nous montrerons l'impossibilité fréquente de prévoir, par la seule clinique, le résultat de l'examen histologique; aussi insisterons-nous sur la valeur considérable qui s'attache à cet examen, s'il est fait d'une manière systématique.

Classiquement, on décrivait comme signes de transformation cancéreuse des polypes quelques symptômes qui peuvent s'appliquer à toutes les tumeurs en général.

C'étaient une tendance à l'induration, une facilité plus grande à saigner, même pour un contact très léger, et quantité d'autres signes d'interprétation difficile. On sait maintenant que toutes ces manifestations sont déjà tardives; ce ne sont d'ailleurs, bien souvent, que des nuances, et on conçoit facilement quelles réserves on doit faire sur de tels moyens de diagnostic.

C'est donc dire *tout l'intérêt de l'examen histologique* et les surprises qu'il peut réserver dans bien des cas.

Les circonstances dans lesquelles on sera appelé à avoir recours à lui sont d'ailleurs variées.

Tantôt, ce sera l'aspect même du polype qui sera suspect et présentera quelques-uns des signes dont nous parlions plus haut. Mais ce cas est de beaucoup le plus rare (obs. XIV, XVIII et XIX) et ce serait une faute d'attendre cette transformation clinique pour rechercher la transformation histologique.

Plus souvent, on constatera l'existence de polypes banaux; c'est alors qu'il faut bien savoir que, même en l'absence de toute hémorragie, de toute induration, on doit penser à la possibilité d'un cancer. Celui-ci est, en effet, à l'âge de la vie que nous considérons, une des affections utérines les plus fréquentes. Il est donc indispensable, *même si l'on est convaincu de la nature bénigne du polype*, de faire faire un examen histologique et, bien des fois, on sera surpris du résultat ainsi acquis (obs. XIII).

D'autres fois, ce sera la récurrence même des polypes qui peut attirer l'attention et nous rappelons ici une observation, l'observation XII du chapitre II, dans laquelle nous avons montré une femme présentant, à deux reprises différentes et à quelques mois d'intervalle, des polypes muqueux. Il était naturel de rechercher alors la structure de ces polypes, de façon à mettre en évidence la cause provocatrice, qui ne se soupçonnait nullement.

Les observations XVI et XVII sont également très instructives, car, ici, on ne songe pas à l'existence de polypes. On fait un curetage explorateur et, dans l'une, c'est dans les débris ramenés que l'on trouve un polype muqueux épithéliomateux; dans l'autre, c'est dans la muqueuse avoisinant ce polype et à son pédicule qu'il faut chercher la preuve du cancer.

Nous faisons remarquer, en passant, que cette observation pourrait trouver place dans notre chapitre II, car c'est autour de l'implantation du polype qu'est apparu le cancer, mais l'absence de précisions cliniques nous l'a fait citer seulement ici.

En tout cas, ces deux observations semblent bien montrer des relations étroites entre les polypes muqueux et le cancer, mais elles ont un autre intérêt, c'est celui de contribuer à mettre en lumière *la valeur du curettage explorateur lorsqu'aucun signe clinique ne vient aider au diagnostic*. C'est une manœuvre sans danger, facile à exécuter correctement et qui fournit souvent un élément capital au diagnostic : la preuve histologique. Il faut toutefois faire des réserves sur sa valeur lorsqu'elle ne montre rien, car c'est une méthode un peu aveugle et le hasard peut faire respecter par la curette une zone dégénérée de peu d'étendue. Et ceci nous rappelle ce qui est arrivé à un de nos maîtres, il y a quelques années. Une malade qu'il avait examinée présentait un petit polype associé à un prolapsus. Il décida de l'opérer et la convoqua à cette fin. Au moment de l'intervention, trois semaines après environ, il ne retrouve pas le polype. Il fit alors un curettage qui ne ramena rien de particulier, puis il pratiqua l'opération de SCHAUTA, dans le but de réduire le prolapsus. Comme l'utérus, un peu gros, gênait la fin de l'intervention, il fit une résection cunéiforme du fond de l'utérus. Appendu au milieu de celui-ci, on aperçut alors, intact, le polype disparu.

Il est donc nécessaire de *se méfier toujours des résultats négatifs des curettages* et, sans en diminuer la valeur, nous pouvons dire qu'un curettage négatif ne prouve rien et qu'il ne faut pas relâcher la surveillance d'une femme ayant une histoire génitale susceptible d'être du cancer, parce que, jusqu'alors, tous les examens sont négatifs.

Nous voyons, en effet, que c'est seulement cet examen histologique qui peut donner la certitude du cancer, mais que, dans certains cas, il peut ne rien démontrer, et il faut rester alors sur l'expectative et attendre une occasion plus favorable pour pratiquer une nouvelle biopsie. Il faut donc agir ainsi quel que soit l'aspect clinique du polype, et nous pensons avoir suffisamment insisté sur ce fait qu'il est impossible d'accorder aux signes physiques une importance quelconque; tout diagnostic qui s'appuierait sur eux pour éliminer la possibilité d'un cancer serait exposé à être rapidement démenti par les faits.

C'est ce qui ressort de la lecture de nos observations et de celles que nous avons empruntées à ISEKI (*archiv. für Gynak.* 1924). Celles-ci manquent de précisions cliniques, aussi nous abstiendrons-nous d'en tirer des déductions diagnostiques, mais on nous permettra de faire remarquer que, considérées du seul point de vue anatomo-pathologique, elles démontrent la *dégénérescence cancéreuse primitive possible des polypes muqueux*, à partir de la muqueuse qui les recouvre ou des glandes qu'ils contiennent. Elles sont donc un argument en faveur de l'examen histologique systématique de ces polypes, surtout chez la femme âgée. Elles méritaient donc de trouver place dans ce travail.

Observations

Obs. XIII. — (SIREDEY).

M^{me} X..., 47 ans, avait été traitée en province, au cours de l'année 1917, pour de gros fibromes, par l'un de nos meilleurs radiologues mobilisé dans la région. L'utérus remontait à mi-

chemin, entre l'ombilic et le pubis. La malade était fort anémiée par des métrorragies prolongées.

Après dix-huit séances de radiations, la guérison paraissait complète; les pertes de sang avaient cessé et l'utérus, en régression très accentuée, n'inspirait aucune préoccupation.

En janvier 1923, la malade, qui avait, depuis deux mois des pertes de sang irrégulières, vint consulter à Paris son radiologue, qui me l'adressa.

Les résultats obtenus par les rayons X étaient très remarquables : l'utérus qui, bien mobile, avait le volume d'une petite pomme et restait caché derrière le pubis. Les culs-de-sac étaient souples et libres. Je constatai, à l'orifice cervical, un polype muqueux, mou, d'apparence banale, gros comme une petite cerise. Sur le col, aucune induration, aucune saillie.

Je conseillai l'ablation de ce polype, qui me paraissait la cause de ces hémorragies et, bien que convaincu de sa bénignité, je demandai qu'on me fit un examen microscopique.

A ma grande surprise, on constata un épithélioma cylindrique au début, qui entraîna une hystérectomie totale.

Obs. XIV (SIREDEY).

Une jeune femme de 33 ans m'avait été envoyée à Saint-Antoine pour un polype muqueux allongé en languette, qui s'implantait près de l'orifice; sa dureté, la facilité avec laquelle il saignait au moindre contact, me parurent suspects.

L'examen histologique permit de reconnaître un épithélioma pavimenteux et fit faire une hystérectomie totale.

Obs. XVI. — (SIREDEY).

Il y a six semaines, M^{me} X..., habitant la province, arrivait à Paris pour consulter un de nos plus éminents phtisiologues au sujet d'accidents pulmonaires qu'elle attribuait à la tuberculose. Notre collègue put la rassurer complètement à ce propos.

Incidentement, elle vint se plaindre à moi de pertes de sang prolongées, parfois irrégulières, se caractérisant soit par une durée anormale des règles, soit par l'apparition, entre deux époques, de suintement de sang, se renouvelant plusieurs fois de suite, pour s'arrêter et reparaitre à bref délai pour une cause presque insignifiante.

L'utérus était gros, bosselé, dur, fibromateux; le col, d'aspect normal, était légèrement entrebaillé et un polype muqueux du volume d'une petite fraise, faisait saillie entre les lèvres.

Le Docteur MIMIN, faisant l'ablation de ce polype, en découvrit un second plus petit, l'un et l'autre mous, d'apparence banale.

L'examen microscopique révéla un début d'épithélioma cylindrique.

L'hystérectomie fut pratiquée par le Docteur LABEY dans des conditions satisfaisantes.

Obs. XVI. — (SIREDEY),

M^{me} B..., âgée de 59 ans, 5 enfants, aucun accident génital antérieur; ménopause à 51 ans. A 55 ans, puis à 57 ans, elle eut, pendant une huitaine de jours, des pertes rosées d'abondance modérée.

Deux ans plus tard (mars 1923), pertes analogues, puis apparition d'une véritable époque rappelant ses règles.

Elle présentait, à ce moment, un utérus un peu gros; col sain sans lésion ni induration; culs-de-sac souples.

Le Docteur GAGEY fit un curettage explorateur; il ramena dans les débris de la muqueuse, un petit polype dur, gros comme une lentille, dans lequel le Docteur CAIN reconnut un début d'épithélioma cylindrique à forme végétante. La femme étant opérée, on fit du radium, qui donna d'excellents résultats et précéda une hystérectomie.

Obs. XVII. — (SIREDEY).

M^{me} L..., 42 ans, a eu une grossesse, il y a 17 ans; hémorragies en juillet 1921 d'environ un mois.

Hémorragie en janvier 1921; un mois après, règles normales mais un peu abondantes.

Du 20 mars 1923 à fin mai, pertes modérées mais continues; gros utérus d'aspect fibromateux; col normal.

Le Docteur LABEY fait un curettage explorateur qui ramena des débris de muqueuse.

L'examen (Docteur LETULLE) montra des modifications très suspectes de la muqueuse (cellules cylindriques à proliférations très actives; aspect métatypique). Après hystérectomie, on voit que ces lésions siègent au voisinage d'un gros polype. Guérison.

Obs. XVIII. — (SIREDEY).

Au mois d'août 1920, une doctoresse expérimentée avait envoyé à la consultation de Saint-Antoine, M^{me} C..., jeune femme de 24 ans, enceinte de 2 mois environ, qui présentait des pertes de sang à peu près continues.

La malade présentait, sur la lèvre antérieure de son col, une muqueuse épaissie, en ectropion, faisant une saillie un peu dure, très limitée, saignant au moindre contact.

Ce fragment, excisé avec la pince de J.-L. FAURE, fut examiné au microscope. On constata un début d'épithélioma cylindrique. On fit une application de radium, suivie de biopsie qui montra la guérison complète.

Grossesse terminée par fausse-couche.

En 1922, nouvelle grossesse terminée par césarienne (Docteur COUVELAIRE).

Aucune récurrence.

Obs. XIX). — (SIREDEY).

A la consultation de Saint-Antoine, on m'envoie, avec le diagnostic polype du col à enlever, une femme de 29 ans, très bien portante, mais ayant, depuis 6 semaines, des pertes de sang presque ininterrompues.

Au toucher, on sentait à l'orifice du col, une masse du volume d'une cerise s'implantant en haut et en avant par un très large pédicule, sur la lèvre antérieure.

Je fus frappé par :

- 1° La dureté du polype;
- 2° Un écoulement de sang lorsqu'on le touchait;
- 3° La largeur de la base d'implantation.

Au spéculum, surface bosselée irrégulière, d'un rouge vif, et je dis cancer.

La biopsie montra un épithélium pavimenteux du col.

Obs. XX. — (Inédite).

M^{me} P..., 68 ans.

Ménopause depuis 12 ans; 4 enfants.

Début par métrorragies; depuis huit mois, pertes plus abondantes, irrégulières.

Pas de douleurs, pas d'amaigrissement.

Au toucher vaginal, on note un polype utérin. Le vagin est souple.

Biopsie le 15 juillet 1922.

Adénome avec début de transformation épithéliomateuse.

Obs. XXI. — (ISEKI).

Femme de 54 ans.

Gros utérus avec un myome de la grosseur d'une tête d'enfant dans le fond et nodules intra-musculaires.

La cavité est remplie par des polypes piriformes à pédicules minces, gros comme un œuf de poule.

L'un est plus solide, suspendu au fond.

L'autre, moins développé, est proche de l'orifice interne de la matrice.

Micros. — Le polype du col montrait des kystes. Il est histologiquement un simple adénome kystique.

Celui du fond est sillonné de plages de cellules douteuses, de cellules œdémateuses et de cellules avec épanchement sanguin, avec, par places, dégénérescence carcinomateuse.

Conclusion. — Polype adénomateux dégénéré par places.

Obs. XXII. — (ISEKI).

Femme de 50 ans.

Utérus épais, et, à droite, il y a un myome gros comme une prune : un polype digitiforme avec une base mince et profonde et extrémité distale.

A la coupe, base implantée d'un cent. dans la musculieuse. Nombreux kystes macroscopiques gélatineux. Prolifération kystique.

A la périphérie, muqueuse normale mais parties carcinomateuses développées aux dépens des glandes.

C'est un polype bénin transformé, car les glandes non transformées sont en bon état.

Obs. XXIII (ISEKI).

Femme de 59 ans.

Gros utérus avec de nombreux myomes calcifiés. D'autres sont mous.

Dans la cavité, grosse masse polypeuse à pédicule mince implanté au fond.

Gros polype et plusieurs petits.

Au voisinage des polypes, muqueuse atrophiée, cellules kystiques.

A la périphérie, muqueuse sans glande. Le carcinome traverse la partie atrophique et va à l'intérieur.

Polype utérin, puis transformé.

Obs. XXIV. — (ISEKI).

Femme de 46 ans.

Col environnant accouchant un polype déchiqueté du volume d'une amande. Curettage.

Labyrinthe de glandes dont des papilles obstruent la majorité des lumières.

En d'autres points, glandes et lumières très serrées ; épithélium cylindrique simple ou stratifié.

Diagnostic : cancer adénomateux.

Obs. XXV. — (ISEKI).

Un polype sessile du fond utérin : adéno-fibrome.

Un autre plus grand, pédiculé; *le pédicule est nettement séparé de la musculieuse.*

Ex. hist. — *Carcinome adénomateux* surtout net au pédicule, car les parties superficielles sont très nécrosées.

Partout où s'ébauche une stratification, l'épithélioma apparaît net.

Obs. XXVI. — (ISEKI).

Femme de 59 ans.

Utérus irrégulier; plusieurs myomes dans la paroi postérieure. Sur la paroi antérieure, une tumeur sessile de consistance molle se continue dans la musculieuse.

Pas de muqueuse séparant polype et musculieuse. Histo : En peu d'endroits boyaux glandulaires à la surface du polype : capsule nette.

Epithélium simple recouvrant une couche fibreuse avec infiltration lymphocytaire.

Le cancer s'étend vers la surface, de sorte qu'on serait tenté de l'interpréter comme une dégénérescence de l'épithélium de revêtement du polype muqueux.

Obs. XXVII. — (ISEKI).

Femme de 42 ans.

Polype du volume du poing, enlevé il y a quatre semaines, reconnu cancéreux : épithélioma pavimenteux atypique.

Hystérectomie : col creusé en entonnoir par l'intervention précédente, en amont de la cicatrice, masse ferme de un centimètre de large, dont la surface est déchiquetée.

Le cancer se prolonge dans l'orifice interne et se continue par un polype du volume d'une noisette saillant dans la cavité utérine.

L'examen histologique de la pièce montrait qu'il s'agissait de polypes adénomateux envahis par un cancer de cellules indifférentes.

CHAPITRE IV

Indications diagnostiques et thérapeutiques tirées des Chapitres précédents

Ligne de conduite à suivre en présence d'un Polype muqueux

Il nous paraît maintenant utile de rassembler ce que nous avons dit dans les chapitres précédents, pour montrer comment on doit concevoir les rapports qui existent entre les polypes muqueux et le cancer de l'utérus, et quelle ligne de conduite il faut suivre en présence de ces polypes muqueux.

Tout d'abord, nous pouvons ainsi schématiser les trois aspects différents sous lesquels nous avons envisagé la question.

1° *Le polype ne fait que coexister avec le cancer*; et dans bien des cas, ce sont les sécrétions entretenues par le néoplasme sur la muqueuse utérine qui provoquent l'apparition du polype. Il s'agit alors, le plus souvent, d'un cancer du corps et le polype muqueux n'a ici que le mérite d'être le premier signe physique d'un cancer.

Il prend alors la valeur d'un signe révélateur, analogue aux condylomes qui, au niveau de l'anus, peuvent être révélateurs d'un cancer du rectum sus-jacent.

2° D'autres fois, le *polype* préexiste au cancer et c'est à son voisinage que celui-ci apparaît, favorisé par l'irritation chronique constante à ce niveau, et les cas où le cancer apparaît peu après l'ablation d'un polype ne sont pas rares.

Le polype a ici le sens d'une cause prédisposante; c'est pour cela que quelques auteurs le considèrent comme un stade précancéreux.

3° Cette valeur de lésion précancéreuse a pu être démontrée dans de nombreux cas; elle est d'ailleurs facile à expliquer, parce que, d'une part, la muqueuse qui le recouvre est sujette à cette irritation chronique entretenue par le polype sur la muqueuse utérine et par celle-ci sur la muqueuse du polype, et que, d'autre part, les éléments glandulaires qui, parfois, le constituent (adénome saillant de KANO MOUKAYÉ) sont toujours un stade dans l'évolution cancéreuse. *C'est ce que nous montre la possibilité de cancers apparus primitivement sur un polype.* Il n'y a, dès lors, qu'un seul moyen de diagnostic : *c'est l'examen histologique systématique.*

Nous avons vu, à propos de chacune des éventualités précédentes, les difficultés auxquelles on se heurte pour estimer la valeur clinique du polype; aucun élément recueilli par l'interrogatoire ou l'examen ne permettant de savoir avec certitude s'il y a soit un cancer sus-jacent, soit une transformation de la muqueuse utérine telle que, malgré l'ablation du polype, le cancer apparaîtra ultérieurement, soit enfin si ce polype n'est pas lui-même atteint de dégénérescence cancéreuse.

Beaucoup d'auteurs ont parlé des difficultés de diagnostic que peut offrir le cancer qui se présente sous une forme polypeuse; mais très peu ont donné quelques signes cliniques permettant cette différenciation. Ce sont seulement, SIREDEY, qui recom-

mande de se méfier des polypes ayant une large base d'implantation, MICHON dans sa thèse, TIXIER un peu plus tard dans *Gyn. et Obstétr.* de 1923, qui parlent de la fréquence de l'insertion isthmique des polypes symptomatiques de cancers utérins. Ces deux particularités ne peuvent avoir évidemment qu'une valeur relative et il convient donc de ne les noter qu'avec quelques réserves.

Nous croyons donc que c'est en ayant sans cesse présentes à l'esprit les trois possibilités envisagées dans chacun de nos chapitres précédents, que l'on pourra, dans la plupart des cas, agir au mieux des intérêts de sa malade, en ne *négligeant aucun examen nécessaire, et en ne reculant pas devant l'éventualité d'une hystérectomie.*

En pratique, les faits se passent presque toujours de la façon suivante :

Une malade vient consulter parce que, depuis un certain temps, elle se plaint de pertes plus ou moins séreuses, s'accompagnant de pertes sanguines d'intensité variable. Il n'y a, évidemment, à cette période, aucune atteinte de l'état général. Il s'agit seulement d'une femme un peu âgée, le plus souvent après la ménopause.

L'examen montre un polype muqueux au niveau du col utérin, et dont l'insertion se fait plus ou moins haut sur la muqueuse.

Si l'utérus est un peu gros, si, par la manœuvre de l'expression utérine, on fait sourdre quelques gouttes de sérosité fétide au niveau du col, le diagnostic de cancer du corps s'impose (obs. V et VI).

Mais, la plupart du temps, l'examen ne montre rien : le corps utérin est normal, le seul symptôme apparent est le polype. Quelques particularités attirent l'attention : dureté du polype,

hémorragie au moindre contact, récidives multiples. Il n'en faut pas plus pour imposer l'examen histologique. Mais, bien souvent, l'aspect du polype est banal *et c'est parce que, systématiquement, on s'astreint à cet examen, qu'on est amené à en interpréter les résultats.*

S'il est positif, il n'y a aucune hésitation à avoir.

S'il est négatif, un curettage explorateur minutieux peut permettre de faire faire l'examen histologique d'une zone de muqueuse utérine suspecte.

Ce dernier examen ne donne encore aucun résultat. Deux cas peuvent alors se présenter :

1° Il s'agit d'une malade ayant passé l'âge de la ménopause.

La lésion, capable, à cette période de la vie, de donner naissance à des polypes muqueux de beaucoup la plus fréquente, est le cancer. Nous avons vu, dans certains cas, la difficulté de mettre celui-ci en évidence, d'autres fois, la facilité avec laquelle il peut apparaître après l'ablation de polypes muqueux même histologiquement bénins et enfin l'impossibilité de prévoir cette évolution vers le cancer, même après une intervention telle qu'une hystérectomie subtotale (obs. XI).

Dès lors, plutôt que de faire courir à une malade le risque d'être opérée d'un cancer étendu, ne vaut-il pas mieux proposer de suite une hystérectomie totale, d'autant mieux supportée que cette malade est encore bien portante.

Pratiquée à un moment où l'utérus a perdu sa fonction génératrice, elle est sans inconvénient, et les quelques risques opératoires qu'elles comportent ne sont rien à côté des avantages qu'elle présente, car, elle seule peut permettre d'assurer la guérison complète et certaine, car elle élimine l'incertitude du len-

demain, devant laquelle se trouve tout praticien après l'ablation de polypes muqueux.

2° *S'il s'agit d'une malade plus jeune*, la question se pose différemment, car on ne peut songer ici à faire une hystérectomie pour guérir des polypes et éviter un cancer qui, peut-être, ne se produira jamais.

Il est donc logique, en présence de tous les résultats négatifs, d'enlever les polypes par un des quelconques procédés classiques; mais *il faut alors surveiller régulièrement la malade durant deux à trois ans*, de façon à pouvoir intervenir au premier signe suspect de cancer.

C'est seulement en agissant toujours ainsi et en ne se départissant jamais de cette ligne de conduite qu'il est possible de pallier aux difficultés de diagnostic du cancer utérin lorsqu'il se masque derrière un polype muqueux. Cette pratique n'exposera pas à revoir, au bout de quelques mois, ou même de quelques semaines, avec un cancer souvent inopérable, une femme à laquelle on aura enlevé précédemment quelques polypes muqueux considérés comme banaux.

Enfin, il existe une infinité de cas que nous n'avons pu envisager ici : ce sont ceux qui forment la transition entre les trois grands schémas que nous avons constitués. Mais si l'on sait combien sont étroits les rapports du polype muqueux et du cancer utérin, et cela surtout chez la femme âgée, il est bien certain que l'on adoptera souvent une thérapeutique qui paraîtra peut-être audacieuse à certains, mais qui, inspirée par l'expérience, ne laissera pas subsister un organe où le cancer, s'il n'existe pas au moment de l'ablation des polypes muqueux, va trouver un terrain particulièrement bien préparé.

CONCLUSIONS

I. — La constatation d'un ou de plusieurs polypes muqueux chez une femme ayant des métrorragies *ne doit pas être considérée comme un fait banal et insignifiant.*

II. — La coexistence de polypes muqueux et d'un cancer de l'utérus n'est pas rare (obs. I à VI).

Soit que les sécrétions et les écoulements déterminés par une tumeur cancéreuse, principalement du corps, favorisent l'apparition de polypes au niveau du col.

Soit que l'état d'inflammation entretenu par le polype favorise l'éclosion d'un cancer du col, le polype ayant ici le sens d'une lésion précancéreuse (obs. VII à XII).

III. — Les faits que nous apportons démontrent l'importance séméiologique qu'il convient de donner aux polypes muqueux de l'utérus et nos observations nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

1^o Chez une femme, au voisinage de la ménopause, ayant des métrorragies, la présence d'un polype ne doit pas endormir notre vigilance, mais doit faire rechercher la possibilité d'un cancer sus-jacent.

2^o L'ablation d'un polype ne doit jamais être considérée comme une opération sans importance.

Il faudra toujours pratiquer l'examen histologique du polype après son ablation.

A) Cet examen montrera parfois un début de transformation cancéreuse;

B) En cas d'examen négatif, il ne faudra pas oublier qu'ultérieurement un cancer pourra se développer au point d'implantation du polype.

IV. — La conclusion pratique est que :

La constatation d'un polype muqueux ne doit pas faire abandonner la possibilité d'un cancer.

Dans certains cas douteux, chez une femme ayant dépassé la ménopause, la présence de polypes doit entraîner une intervention plus radicale, en l'espèce une hystérectomie totale.

Si l'hystérectomie ne paraît pas s'imposer, du fait de l'âge de la malade et de l'allure nettement bénigne du polype, il sera néanmoins prudent de surveiller régulièrement la malade durant deux à trois ans, les cancers apparaissant fréquemment après l'ablation de polypes, même histologiquement bénins, comme nous l'avons montré dans nos observations.

VU : Pour le Doyen,

L'Assesseur, BALTHAZARD.

VU : Le Président de Thèse,

A. GOSSET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous citerons notre bibliographie par années, les travaux les plus modernes étant cités en dernier :

- LEVRET. — Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes du nez, de la gorge, et de la matrice 1749
- MALGAIGNE. — Des polypes utérins. — *Th. d'agrégation*
Paris 1832
- MOONTGOMERY. — *Dublin Journal of Medical Science*.
Août 1846
- RICHARD. — Des polypes utérins. — *Th. de Doctorat*,
Paris 1848
- RÉCAMIER. — Union Médicale de Paris. — 1^{er} Juin 1850
- ROBIN. — *Th. de Paris*..... 1854
- COURTY. — Traité des maladies de l'utérus, p. 834.
Paris 1866
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, T. I. Paris... 1867
- MONTFUMAT. — Etude sur les polypes utérins. *Th. de*
Paris 1867

WEST. — Traité des maladies des femmes.....	1869
SIREDEY et DANLOS. — Article Polype utérin. — Dictionnaire de Jaccoud.	1872
GALABIN. — <i>Transactions of the Obstetrical Society of London.</i> — Vol. XX, p. 82.....	1876
Abl. DORAN. — <i>The ovary and uterus. On the operative surgery of malignum Diseases.</i>	
VEIT et RUGE. — <i>Anatomische Bedeutung der erosionen am Scheidenthein. Central für Gynakologie,</i> p. 17.	1877
BUHL. — <i>Mittheilungen ad pathol. Institut zn. Munchen,</i> page 296	1878
DE SINETY. — Traité de Gynécologie, p. 437. Paris.	1879
BERGER. — Polypes de l'utérus. — J. des Praticiens.	1882
René HAYEM. — Polypes muqueux. XXII.....	1883
GUSSEROW. — <i>Die Neubildungen der uterus. Deutsche Chirurgie.</i> Lts 57, p. 34.....	1885
SCHRODER. — Maladies des org. génitaux de la femme. p. 287. — Trad. Franc.....	1886
CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites. 7 ^e leçon, p. 127. Paris.....	1889
COMET. — Les polypes de l'utérus. <i>Th. de Paris.</i>	1889
DOLERIS et HAMONIC. — Cité in <i>Th. COMET.</i>	

- LIEBMANN. — *Virchow's Archiv*. B d CXVII, Helf. I. 1889
 — *Ein Fall von Myocarcinome des utérus*. — *Archiv.*
f. Gyn. n° 17, p. 291..... 1889
- EHRENDOFER. — Sur la dégénérescence primitive cancé-
 romateuse des fibromyomes de l'utérus. — *Central-*
blatt für Gynak., p. 513..... 1892
- POZZI. — Gynécologie. T. I., 2 édition..... 1892
- QUÉNUC et LAUDEL. — Histologie de l'adénome pédiculé
 du rectum. — *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*
 Paris 1898
- HEINEN. — *Ueber dos adenoma carcinoma der Cervix.*
In Diss. Munchen..... 1903
- LIMNELL. — *Ueber adenoma malignum cervix ut.*
Arch. für Gyn. T. LXXVII..... 1903
- KAUFMANN. — *Ueber metaplastische Vorgänge an*
Errithel des uterus, besonders an polypen. — *Kopes-*
pondenzblatt f. Schweizer. Aerzte n° 7..... 1906
- TIXIER. — *La Clinique*..... 14 Juin 1907
- MÉNÉTRIER. — *Le cancer. Nouveau traité de médecine*
et de thérapeutique, p. 868. Paris..... 1909
- JOLLY. — *Gesellschaft für Geburts und Gyn. Berlin.*
 8 Juillet 1910
- SCHRODER. — *Adenoma malignum cervicis. Niedenhein.*
Wesef. f. Gyn. u Geb. — *Sitzg vorn Dezember*. 1911

- FAURE et SIREDEY. — Gynecologie p. 1073 et p. 978.
Paris 1911
- LARDENNOIS et MONDOR. — Bull. de la Soc. Anat.,
p. 231 1913
- BECAVIN. — *Th.* Paris 1914
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Path. Ext. de
LE DENTU et DELBET, p. 419..... 1916
- NYULUSY. — *Medical Journal of Australia*, p. 61. 22/6 1919
- CHAMPY et COCA. — Pathogénie du cancer et culture
de tissus. J. de physiol. et de pathol. gén. t. XVII. 1919
- JELLET. — *Adéno-carcinoma of the cervix. Transact.
of the Royal Academy of Med. in Ireland.* 17 fév. 1920
- SIREDEY. — Les polypes cancéreux de l'utérus. —
Journal de Méd. et de Chir. pratiques, p. 81,
art. 26.304 10 fév. 1920
- KANO MOUKAYÉ. — Recherches sur les néoplasies des
glandes cervicales. — Gyn. et Obstétrique, t. V,
p. 39. 1922
- LECÈNE et D'ALLAINES. — Avantages de l'hystérectomie
fondique. — Journal de Chirurgie, p. 564..... 1922
- MICHON. — Valeur séméiologique des polypes muqueux
de l'utérus. — Lyon Médical, n° 10, p. 584..... 1923
- MICHON. — Valeur séméiologique des polypes muqueux
de l'utérus. — *Th.* de Lyon..... 1923

- SIREDEY. — Utilité des biopsies pour le diagnostic du cancer utérin. — Bull. de l'Académie de Méd., p. 34. 10 Juillet 1923
- ISEKI. — Sur les polypes carcinomateux et les carcinomes polypeux. — *Arch. für Gynak.*, p. CXXI, f° 3. 13 oct. 1924
- TIXIER et MICHON. — Val. séméiologique du polype muqueux de l'utérus. — *Gyn. et Obst.*, tome IX, p. 63. fév. 1924
- TOURNEUX. — Quelques cas rares de complications de polypes utérins. — *Le Sud Médical et Chirurgical*, p. 2034. 13 avril 1924
- LAURENCE. — Val. séméiologique des pol. muqueux de l'utérus. — *J. des Praticiens*, p. 285. 30 avril 1924
- MICHON et COMTE. — Polypes muqueux symptomatiques de cancers du corps. — *Lyon Médical*, n° 13, p. 613. 17 mai 1925
- LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale (LECÈNE et LERICHE). T. III, p. 603. 1926
- Robert MONOD. — L'épithélioma du col restant. — Bull. de la Soc. de Chirurgie, p. 816. 1926
- BURTNER. — La signification clinique des polypes muqueux de l'utérus. — *Schweizensehe Medizinische Wochenschrift*, n° 29. 24 Juillet 1926
- SCHNIEDEN. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*. Tome CXLII. 28 Oct. 1926
- DERVILLE. — Le Bulletin Médical. 5 Janvier 1927
- BARDON. — *Le Sud Médical et Chirurgical*, p. 835. 15 Mars 1927

Gournay-en-Bray. — Imp. A. Letresor.
